



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Facultat de Ciències de la Salut
Facultad de Ciencias de la Salud

Contención mecánica en el ámbito hospitalario no psiquiátrico. Revisión sistemática

TRABAJO DE FINAL DE GRADO. GRADO DE ENFERMERÍA.
CURSO 2018-2019

AUTOR: Andrea Tormo Belda

TUTOR: Miguel Ángel Fernández Molina

ÍNDICE

1.- Resumen.....	2
2.- Abstract.....	3
3.- Introducción.....	4
4.- Objetivos.....	5
5.- Metodología.....	5
5.1- Estrategia de búsqueda.....	5
5.2-Criterios de inclusión y exclusión.....	6
5.3-Calidad metodológica.....	6
5.4-Selección de artículos.....	7
6.- Resultados.....	7
6.1-Aspectos legislativos.....	7
6.2-Consentimiento informado.....	8
6.3-Educación en la contención mecánica.....	9
6.4-Contención mecánica en ancianos.....	11
6.5-Comparación de protocolos vigentes.....	11
7.-Reflexión.....	13
8.-Conclusiones.....	15
9.-Bibliografía.....	16
10.-Anexos.....	17

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la contención mecánica se define como una limitación intencionada, cuya finalidad es evitar que se produzcan situaciones de peligro tanto para el paciente como para su entorno. En el procedimiento de actuación, hay un margen muy estrecho entre la seguridad y la vulneración de los derechos del paciente. Por tanto, la correcta actuación por parte del personal sanitario es esencial a la hora de contener a un paciente.

OBJETIVO: conocer los distintos aspectos asistenciales de los protocolos de contención en el ámbito de los hospitales generales.

METODOLOGÍA: se realizó una búsqueda de artículos científicos y revisiones sistemáticas que tuvieran relación con la seguridad del paciente y la contención mecánica. Para ello se consultaron las bases de datos PubMed (Ovid), Medline (Ebscohost) y Cinahl. Además, se buscó información en dos páginas web “gva.es” y “alansaludmental.com” para consultar protocolos y guías de actuación que aportaron información de interés a la revisión.

RESULTADOS: se encontró que la mayoría de los artículos coincidían en que en España no hay una legislación específica que regule el uso de la contención mecánica. Además los resultados mostraron que es necesario el consentimiento informado previo siempre y cuando no se considere una situación urgente. Por otro lado, se obtuvo que la educación del personal sanitario tiene un impacto favorable a la hora de iniciar y evaluar una contención. Finalmente, la comparación de protocolos mostró que existe una diferencia significativa entre la información aportada por cada uno de ellos.

CONCLUSIÓN: es necesaria la buena cumplimentación y revisión de los protocolos vigentes ya que éstos son un buen método de aprendizaje para el personal sanitario. Con ello se conseguiría aumentar el nivel educativo de los sanitarios y a su vez se garantizaría la seguridad del paciente en la contención y la mejora de la calidad asistencial.

Palabras clave: contención mecánica, seguridad, adulto, legislación, educación

2. ABSTRACT

BACKGROUND: The mechanical restraint is defined as a deliberate limitation with the aim of avoiding any dangerous situation both for the patient and the environment. During the procedure there is a narrow margin between safety and the violation of the rights of the patient. Hence, is of vital importance the proper intervention by the health personnel when restraining a patient.

OBJECTIVE: To know the different aspects regarding the assistance in the restraining protocols in the area of general hospitals.

METHODS: We carried out a revision of scientific articles and systematic reviews related to patient safety and mechanical restraint. We consulted some databases such as PubMed, Medline (Ebscohost) and Cinahl. Furthermore, we searched information in two webpages, “gva.es” and alansaludmental.com” in order to consult protocols and rules of procedure which could provide useful information for our research.

RESULTS: We found that most of the articles coincided in that in Spain there is no especific legislation that regulates the use of mechanical restraining. Moreover, the results showed the need for a previous informed consent as long as it is not considered an urgent situation. On the other hand, it was also found that the training of the health personnel has a favourable impact when starting and assessing a restraint. Finally, after comparing the protocols we found significant differences in the information that each one of them gave.

CONCLUSION: It is necessary a proper filling in and revision of the current protocols because they are a good learning method for the health personnel. Therefore, the educational level of the personnel would increase and at the same time the patients would be guaranteed with a better care assistance and even more safety when restraining.

Keywords: mechanical restraint, security, adult, legislation, education

3. INTRODUCCIÓN

El hecho de aplicar medidas de contención mecánica es un tema que crea controversia entre todo el personal sanitario. Es muy difícil encontrar un equilibrio en los cuidados a aplicar, ya que hay un margen muy estrecho entre el mantenimiento de la seguridad y la vulneración de los derechos de los pacientes.

La contención mecánica se define, en los protocolos (1,2), en diferentes artículos(3,4) y en la Guía de Actuación (5) como una limitación intencionada que se aplica para evitar que se produzcan situaciones de peligro tanto para el paciente como para su entorno. En su aplicación, se anula la libertad de movimiento del paciente y puede ser tanto de una parte del cuerpo como de su totalidad. En todo momento, debe estar aplicada en beneficio del paciente y ha de formar parte de su tratamiento. Se tiene que tener en cuenta, que la contención mecánica no solo se usa en casos de agitación psicomotriz, sino que existen situaciones en las que es necesaria para evitar la retirada accidental de sondajes, para mantener los accesos venosos, conservar la oxigenoterapia. Como se acaba de nombrar, siempre se aplicará para mantener la seguridad del paciente o de terceros, nunca como castigo ya que, en ese caso se estaría cometiendo un delito.

A pesar de que es una medida que se lleva a cabo para el beneficio del paciente, ésta no queda exenta de ciertos efectos adversos(6). Es por esto que en la actualidad hay una intención general de limitar al máximo la aplicación de la contención mecánica(7). Bien es cierto, que existe mucha preocupación en el ámbito sanitario y por parte de las autoridades sanitarias, empezando por el Ministerio de Sanidad y terminando por las Consellerías de Sanidad de las comunidades autónomas, por las consecuencias de los denominados efectos adversos. En el caso de la contención mecánica, estos efectos adversos pueden causar desde lesiones físicas hasta afectaciones psicológicas o la muerte. Concretamente en la Comunidad Valenciana, desde hace unos años, existe una herramienta informática por la que se aconseja a los profesionales declarar, de forma anónima, los eventos adversos como las caídas o lesiones derivadas de la contención o contención defectuosa. El programa al que se hace referencia es el SINEA (Sistema de Notificación de Efectos adversos).

Por otra parte, se debe añadir que a día de hoy, no existe a nivel nacional, ninguna ley ni norma específica que regule las condiciones de aplicación de la contención mecánica(3). Según el artículo “*Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica*”(8), y otro artículo más (4), la correcta praxis de la contención quedaría respaldada por: cinco artículos de la Constitución Española; por un artículo de la Ley

General de Sanidad; por dos artículos de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre; por la ley de Enjuiciamiento Civil y, por último, por un artículo de la ley 39/2006, de 14 de diciembre. En ellos no se habla explícitamente de la contención o restricción, sino más bien de los derechos de las personas, de la autonomía o la libertad. Es decir, que en caso de la aparición de un efecto adverso a causa de la contención, se recurriría a estas leyes para valorar la actuación de los profesionales.

La forma correcta de llevar a cabo la técnica queda reflejada en los diferentes protocolos que se pueden encontrar. Es cierto que en cada zona de España se consulta uno diferente y no hay uno común para todos. Por tanto, sería de gran interés realizar una comparación de alguno de ellos para extraer conclusiones de cuáles son las diferencias de cada zona de nuestro país.

4. OBJETIVOS

Esta revisión tiene el objetivo de conocer los distintos aspectos asistenciales de los protocolos de contención en el ámbito de los hospitales generales. Sin embargo, se han planteado tres objetivos más específicos, que son los siguientes:

- Identificar las guías de actuación y procedimientos de enfermería más eficaces en la contención
- Mejorar pautas de actuación concretas de actuación ante situaciones que precisen contención.
- Explorar aspectos legales que afectan a la aplicación de la contención mecánica

5. METODOLOGÍA

Esta revisión bibliográfica está basada en la búsqueda de artículos relacionados tanto en la seguridad del paciente como del personal sanitario en relación con la contención mecánica. Además, se han consultado protocolos de varias zonas españolas para su comparación.

5.1 Estrategia de búsqueda.

Para realizar la búsqueda bibliográfica de esta revisión, se han consultado tres bases de datos que son Pubmed (Ovid), Medline (Ebscohost) y Cinahl. Para buscar los diferentes artículos se han utilizado los descriptores DeSC: “physical restrain”, “coertion”, “adult” y “security measures”. También se ha utilizado para la búsqueda el término “mechanical

restraint”. Con estos descriptores y términos se ha realizado una búsqueda avanzada mediante la siguiente estrategia de búsqueda: (((mechanical restraint) AND security measures)) AND adult; (mechanical restraint) AND adult; (physical restraint) AND adult. Además, a los resultados obtenidos se le ha aplicado un límite de publicación que es de 5 años anterior a la fecha de la búsqueda. Es decir, los artículos obtenidos se encuentran en el periodo de 2014 a 2019.

Por otro lado, se ha hecho una búsqueda en varias páginas web oficiales como la de la Generalitat valenciana (gva.es). Además, se ha consultado la página web “alansaludmental.com” la cual recoge varios de los protocolos relacionados con la contención mecánica de distintos hospitales españoles.

5.2 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que se han tenido en cuenta para la elección de los artículos científicos han sido los siguientes:

- Estudios en los que se hable de la contención y esta esté aplicada en pacientes adultos.
- Artículos que establezcan una relación entre la contención mecánica y el personal de enfermería.

Por lo que se refiere a los criterios de exclusión, han sido:

- La muestra del estudio haya sido elegida de un centro de hospitalización psiquiátrico.

5.3 Calidad metodológica

Se comprueba la calidad metodológica de la bibliografía pasando dos escalas de valoración. Las dos utilizadas han sido la Jadad Scale (Sistema de puntuación de calidad de Oxford) y la AMSTAR (Assessment of Multiple SysTemAtic Reviews). La Jadad Scale es la indicada para la valoración de diferentes estudios científicos y tiene 5 ítems que equivalen a 1 punto cada uno. Es decir que el máximo de puntos que se puede obtener son 5 puntos y, un resultado menor de 3 puntos equivaldría a baja calidad. Por lo que se refiere a la AMSTAR, se utiliza para la valorar la calidad de las revisiones sistemáticas y se valora mediante 11 ítems. Todos los estudios han obtenido una puntuación igual o mayor de tres puntos (ver Tabla 1). Además las revisiones sistemáticas obtuvieron resultados de calidad media (ver Tabla 2).

5.4 Selección de artículos

Tras la realización de la búsqueda de la bibliografía, el primer paso que se llevó a cabo fue la lectura del título y del resumen de cada uno de los artículos. Tras la primera lectura de estos dos apartados, se seleccionaron 16 artículos. De éstos, se realizó la lectura completa donde se excluyeron 8 artículos. Por lo tanto, por lo que se refiere a la bibliografía, se puede contar con 8 artículos, 3 revisiones sistemáticas y 5 estudios científicos.

Por otro lado, se han añadido documentos como 6 protocolos de contención de distintas zonas de España, un documento del Comité de Bioética de España o la “*Guía de Actuación de enfermería. Manual de procedimientos*” debido a toda la información de interés que aportan a esta revisión sobre la contención mecánica.

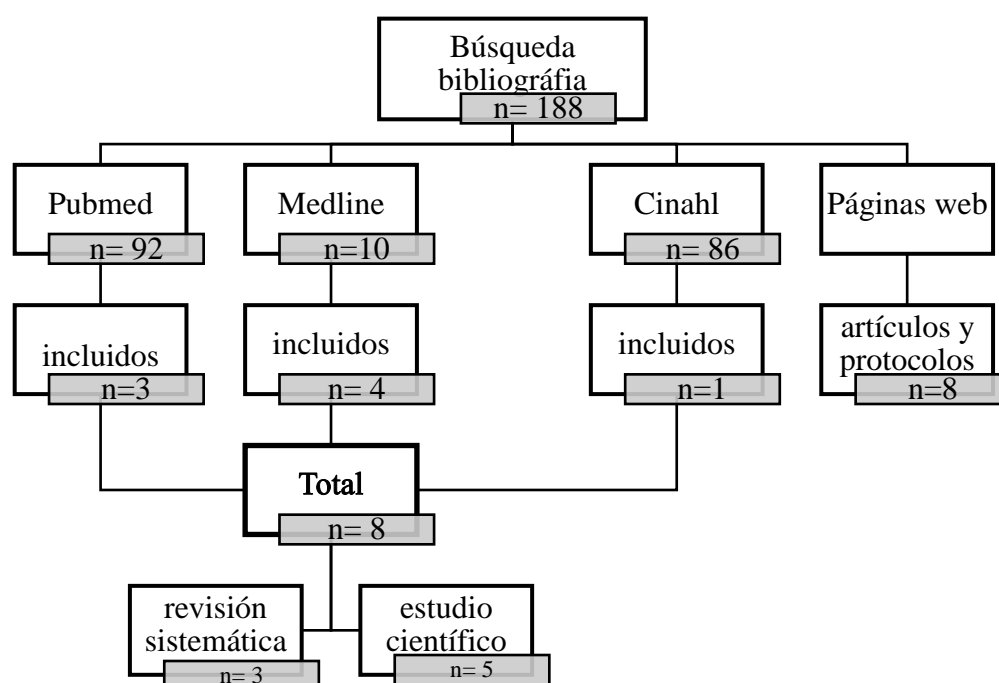


Figura 1: Selección de artículos

6. RESULTADOS

6.1 Aspectos legislativos

A partir de la información obtenida en varios artículos (3,8,9), se ha podido observar que no existe ningún tipo de legislación específica sobre la contención mecánica en España. Esta técnica queda regulada por leyes, normas y artículos vigentes a nivel general (ver Tabla 3). Es decir, no se centran en sí en la técnica sino que se valora la dignidad, la

seguridad, la autonomía... Bien es cierto que un artículo en concreto(8), expresa que a nivel nacional, la legislación más desarrollada y más específica que se puede encontrar, se ve reflejada en el Decreto Foral de 221/2011, de 28 de septiembre. En este decreto queda acordado que toda persona tiene derecho a no estar sometida a inmovilizaciones ya sean físicas o farmacológicas, a no ser que exista peligro tanto para el paciente como para su alrededor.

A diferencia de la legislación española, se ha podido encontrar que en Noruega existe la “Norwegian health-care act § 4-8” que regula específicamente el uso de la contención y en ella se explica los tipos de contención que se pueden llevar a cabo por el personal sanitario(7).

Por otro lado, hay que tener en cuenta que cada comunidad autónoma puede tener una ley vigente a la que se puede acudir en caso de ser necesario para valorar una contención mecánica. Un ejemplo se puede encontrar en el Protocolo de Contención Mecánica de Extremadura (2), que muestra que en su caso también se tendría en cuenta la Ley de la C.A. de Extremadura 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del/de la paciente. Art. 26. O, en otro caso, la artículo 3 de la Ley 1/2003 del 28 de enero de la Generalitat Valenciana, que se puede observar en el protocolo del Hospital General Universitario de Alicante(1).

Otro de los aspectos legislativos al que se hace referencia entre los artículos consultados (3,8) es el de la historia clínica (H.C) del paciente. En ellos se ha encontrado que la historia clínica debe estar bien redactada, limpia y ordenada. Esto se debe a que este es un documento con validez jurídica, en caso de ser necesario, ante un juez o una denuncia. Por tanto, la H.C debe de estar cumplimentada y debe de contener tanto la aplicación como el seguimiento y finalización de la contención o restricción.

Tal y como se explica en los protocolos, la contención es un tema delicado y para ello se debe utilizar los materiales homologados. Sin embargo, uno de los artículos consultados(3) habla de que en España, en numerosas ocasiones, se utiliza material no homologado. Por tanto, esto sería una imprudencia que afectaría directamente a la seguridad del paciente y que podría ser castigada legalmente en caso de ser detectado.

6.2 Consentimiento informado

Por lo que se refiere al consentimiento informado (C.I) es otro tema que causa polémica. En el artículo de J. Rubio Domínguez(3) se expone que hay varias opciones de presentar el consentimiento informado a la hora de aplicar una restricción. En primer

lugar, se ha de valorar si el paciente está en plenas facultades para aceptar conscientemente la técnica de contención. Si es así, será el mismo paciente quien firme el documento. Sin embargo, existen dos casos en los que el consentimiento se aceptaría por representación, y estos serían en los que el paciente no sea capaz de tomar decisiones y cuando esté incapacitado legalmente.

Por otro lado y en el mismo artículo(3), se nombra una situación en la que no sería necesario la aceptación inmediata del consentimiento. Esta situación a la que se refiere el autor es, cuando hay que iniciar una contención de urgencia, es decir que el paciente esté en peligro o pueda poner en peligro a su alrededor. Sin embargo, cuando la situación se normalice, se llevará a cabo el mismo procedimiento que en caso de normalidad.

No obstante, hay otro aspecto muy importante que se nombra en el artículo (3), es el del tipo de consentimiento informado que se presenta a cada paciente o familiar. No hay un C.I general sino que, cada tipo de contención (parcial, total...) debe tener su consentimiento específico. De esta manera, se le presentará al paciente el que esté relacionado con el tipo de contención que tenga prescrita por el facultativo.

A parte de utilizar el consentimiento informado, el personal sanitario debe informar verbalmente tanto al paciente como a su familia. El mismo artículo (3) que se ha consultado anteriormente, hace referencia al artículo 4.1 de la Ley 41/2002 en la se expone que la información verbal debe de aportarse siempre y debe de quedar registrada en la historia clínica del paciente. Sin embargo, hace hincapié en que la importancia de la comunicación verbal no recae en el propio hecho, sino en dejarlo reflejado en la historia clínica. Como se ha nombrado anteriormente, la buena implementación de la H.C puede ser una prueba importante en el ámbito legislativo y jurídico.

Bien es cierto, que se debe tener en cuenta que el consentimiento informado puede ser rechazado en cualquier momento. Esta afirmación se encuentra en un estudio del 2017 de Eskandari et al.(6), en el que se demuestra que el 52.1% de las enfermeras creen que la familia no puede rechazar la contención mecánica. Además, el 55.3% considera que el paciente tampoco puede rechazarlo. Por tanto, el personal sanitario está en lo contrario a lo que la bibliografía recomienda.

6.3 Educación en la contención mecánica

La educación para el personal sanitario, en relación a las medidas de contención, ha sido un factor muy importante en el que varios artículos(10,11) han centrado su atención. Como se ha nombrado con anterioridad, hay intención, tanto a nivel nacional como

internacional de reducir al máximo la contención mecánica y para ello se necesita educación. Esto se puede afirmar por diferentes razones. En primer lugar, se han encontrado aspectos negativos en un estudio realizado(6) al personal de enfermería en el que los resultados muestran que: hay diferencia ante la predisposición de aplicar una medida de contención dependiendo del diagnóstico del paciente; solo el 37.5% del personal de enfermería acude a otros métodos antes de iniciar la contención mecánica y el 36.6% aplica directamente la técnica de inmovilización. A esto hay que añadir, como se ha nombrado en el apartado anterior, que el 52.1% del personal considera que la familia no está en el derecho de rechazar la contención.

A resultas de esto, el autor en la discusión del estudio afirma que diversos estudios consultados han demostrado que, la contención mecánica está valorada por el juicio clínico que tiene el personal de enfermería y que sería una buena opción llevar a cabo un programa educativo para mejorar la calidad de los cuidados en cuanto a la contención.

Para contrarrestar la información aportada por este artículo, se ha consultado un estudio realizado recientemente(10) en el que se valoran los resultados tras impartir un programa educativo en un hospital. Este consistía en la realización de una sesión semanal de 8 horas en el que el personal de enfermería era dividido en grupos para discutir sobre escenarios que se les presentaba e intentaban resolverlo. Además, se trataban temas como los mitos de la contención, la técnica enfocada a pacientes con problemas mentales... En la sesión también se trataban las alternativas a las que se podía acudir antes de aplicar la contención. Al finalizar dicho estudio(10) se pudo comprobar que el conocimiento medio del personal de enfermería había aumentado en casi 10 puntos con respecto al realizado con anterioridad a las sesiones educativas. Además, se llegó a la conclusión de que el programa impartido disminuyó el uso de las contenciones mecánicas ya que se había formado al personal para aplicar medidas alternativas. Es decir, que las sesiones son beneficiosas y eficientes para conseguir el objetivo general, reducir al mínimo las contenciones mecánicas.

Por otro lado, el estudio anterior(10) con sus resultados ha aclarado uno de los mitos más comunes que hay en la sociedad. Los autores mostraron que en la planta de neurología-neurocirugía había más números de contenciones mecánicas que en la planta de psiquiatría, 20.7% y 13.19% respectivamente.

Además, la educación al personal sanitario puede contribuir a mejorar la calidad del paciente durante su ingreso. Una contención mecánica mal colocada puede agravar la situación de un paciente y empeorar su estado general. Hay otro estudio que reafirma los

beneficios de la educación ya que Lan et al.(11) muestra en su estudio que el personal que ha recibido el programa educativo ha hecho un cambio significativo a la hora de aplicar contenciones. Y además añade que un programa interdisciplinar ayuda al personal sanitario a adquirir nuevas alternativas.

6.4 Contención mecánica en ancianos

A partir de los artículos consultados(9,12) se ha podido obtener, que la prevalencia de contención mecánica en ancianos es bastante más elevada con referencia a la de otros países. Un estudio de Estévez-Guerra et al. (12) muestra los diferentes porcentajes con respecto a cinco países más. Estos son:

- España: 84.9%
- Irlanda del norte, Canadá y Taiwán: 62-68%
- Alemania: 26.2%
- Países Bajos: aprox. 50%

A esta información se puede añadir que los ancianos son más vulnerables a la hora de aplicarles la contención mecánica. Con esto se hace referencia a que, se aplican gran cantidad de contenciones para evitar caídas de la cama o de la silla y por lo tanto, a medida que va disminuyendo el nivel de conciencia o la función motora, va aumentando el número de contenciones para mantener su seguridad.

6.5 Comparación de protocolos vigentes

Después de haber comparado los seis(1,2,13-16) protocolos elegidos se ha podido observar que todos tienen similitudes y diferencias remarcables. Por lo que se refiere a los objetivos, cada protocolo los plantea y los expone en su documento, sin embargo la perspectiva es diferente en cada uno. Hay tres protocolos (13-15) que se centran en el objetivo general del protocolo es decir, que sirva como aprendizaje o que mejore la calidad asistencial unificando los criterios de actuación para todo el personal. Por otro lado, hay un protocolo, que sería el del Hospital General Universitario de Alicante(1), que se centra más en los objetivos de cada una de las contenciones, es decir, que se centra en cuál sería la finalidad de aplicar la contención en cada caso. Y por último, y también haciendo referencia a los objetivos, se han podido encontrar dos protocolos(2,16) que hablan tanto de objetivos específicos como generales. En este caso aportan más información ya que hablan de la intención del protocolo y del objetivo de aplicar la contención mecánica.

Por otro lado, se ha comparado el ítem que hace relación al abordaje alternativo a la contención mecánica. No en todos ellos se ha podido encontrar información acerca de este tema. Cinco(1,2,13,15,16) de los seis protocolos, tratan el tema de la contención verbal, farmacológica o de otras alternativas que pueden evitar el iniciar una contención mecánica. Uno de ellos(14), no expone específicamente en su documento ninguna información sobre alternativas terapéuticas.

Otros de los aspectos valorados que se considera muy importante son las indicaciones y contraindicaciones de la realización de una técnica. Como cualquier procedimiento, el paciente tiene que cumplir unos criterios para poder realizar la técnica con éxito y sin complicaciones. En el caso de las indicaciones, todos(1,2,13-16) los protocolos hacen referencia a ellas y, en cierta forma, coinciden en cuales son dichas indicaciones. En las que más coinciden es en que la contención mecánica está indicada cuando hay una agitación psicomotriz y el paciente puede producirse lesiones a el mismo o producirlas a terceros. Además, otra coincidencia que hay en todos los protocolos, en cuanto a las indicaciones, es que la contención también es aplicable cuando puede haber una interferencia entre el estado del paciente y su tratamiento, es decir, que se pueda quitar una vía, un sondaje nasogástrico... Sin embargo, en las contraindicaciones ya no coinciden todos. Hay un protocolo, el del Hospital Clínico Universitario de Valencia(14) que no hace referencia a ningún tipo de contraindicación para la contención. A pesar de ello, el resto de protocolos comparados (1,2,13,15,16), también coinciden en las contraindicaciones de las cuales habría dos más importantes: que no haya orden explícita del facultativo o que se pueda evitar la contención mediante un abordaje alternativo.

Por lo que se refiere al procedimiento de aplicación de la contención mecánica, queda reflejado en todos los protocolos (1,2,13-16). Este es un aspecto muy importante ya que el objetivo de dichos protocolos es unificar el método de actuación del personal sanitario. En cada uno de ellos se expone la secuencia desde que se prescribe la contención hasta el momento en el que se puede retirar. Es decir, se explica paso a paso cual es el procedimiento más rápido, y a la vez más adecuado para proceder. Bien es cierto que un hay un protocolo(15) que en su anexo adjunta fotografías del procedimiento de contención, de esta forma queda claro visualmente como llevar a cabo la técnica.

A lo largo de la revisión también se ha encontrado otro aspecto muy importante que consta en todos los protocolos revisados(1,2,13,15,16). Este es el seguimiento y la evaluación de la contención. Como bien marca el procedimiento de la contención, esta tiene tres fases: la aplicación de la técnica, el seguimiento y evaluación y la finalización

de la misma. Por tanto, sin un buen seguimiento, la técnica se estaría realizando erróneamente. De esta forma, los seis protocolos consultados(1,2,13-16) cuentan con el seguimiento que los autores consideran más oportuno ya que en cada uno, está redactado y expuesto de una forma diferente aunque con la misma finalidad.

Algo que se ha considerado muy relevante en esta comparación, y revisando los resultados anteriores, son los aspectos legales que se relacionan con la contención. Como se ha nombrado previamente la contención limita la autonomía y los derechos del paciente. Por tanto, en todos los protocolos se han buscado los aspectos legales que se tienen en cuenta en cada hospital. Se ha podido encontrar que solo la mitad (tres de los seis protocolos) (1,2,13) tiene un apartado o hacen referencia a los aspectos legales. Alguno de ellos (16) sí que hace referencia al consentimiento informado, pero no a ninguna ley ni norma a la que se acudiría en caso de ejecución legal. A esto se puede añadir, que se ha podido observar que cada comunidad autónoma cuenta con una legislación común y una propia aunque faltaría más información ya que solo se ha podido obtener de tres protocolos(1,2,13).

También, se podría añadir, que se han encontrado dos(1,2) protocolos que aportan más información específica sobre la contención. Esos dos aportan anexos con los consentimientos tanto familiar como para el paciente, con el documento de comunicación al juez o la hoja de verificación de seguimiento del protocolo que cumplimentan de una forma más explícita la información del protocolo.

Para finalizar, se ha podido encontrar un protocolo, que sería el de la Junta de Extremadura(2), que hace referencia a la educación de los profesionales. Ya no solo el protocolo lo expone sino que existen varios estudios(10) que demuestran que los programas educativos para el personal sanitario mejoran la realización de la técnica de la contención mecánica y, además, mejoran la calidad asistencial.

7. REFLEXIÓN

Como se puede observar en los resultados obtenidos de la búsqueda, la contención mecánica es un procedimiento que conlleva muchos riesgos asociados. Ya no me refiero solo a los físicos o psicológicos, sino que en el ámbito legal, una enfermera se puede ver comprometida si el procedimiento no ha sido el adecuado.

Algo que puede llamar la atención es que varios estudios (9,12), tanto nacionales como internacionales, hablan de que en España la prevalencia de contención mecánica es de las más elevadas y que, además, en ciertas ocasiones los materiales utilizados no están

homologados(3). ¿A qué se puede deber eso? Posiblemente sea por la falta de educación con respecto a las contenciones en el personal sanitario. Es cierto, que existe personal sanitario que llevará a cabo un gran número de contenciones a lo largo de su vida. Pero por otro lado, hay personal que por su sitio de trabajo, por el servicio en el que se encuentre o por cuestión del azar, aplicar una contención mecánica, no será una técnica habitual. Sin embargo, todas las enfermeras y enfermeros están expuestos a presenciar una situación en la que sea necesario contener a un paciente y, no me refiero solo físicamente. Por eso, considero que los programas educativos interdisciplinarios podrían ser beneficiosos ya que enriquecerían los conocimientos del personal sanitario y con ello se podría garantizar la seguridad del paciente ante una agitación de cualquier índole. Además, ha quedado comprobado en un estudio realizado recientemente(10).

Por otro lado, algo que considero muy importante de esta revisión son los aspectos legislativos. Como se ha podido hallar en los resultados(3,4,8), en España no se cuenta con una legislación específica que rija el uso de la contención. Bajo mi punto de vista, esto es un aspecto que debería de cambiar ya que, cada comunidad autónoma sigue unas leyes comunes pero al mismo tiempo también aplican leyes propias. Sí que es cierto que Navarra es la comunidad con la legislación más específica en cuanto a este tema y, en mi opinión, creo que esto debería conseguirse en el resto de la península.

Para continuar con los temas tratados en esta reflexión, me gustaría centrarme en los protocolos consultados. Quise comprar tres protocolos(1,14,15) de la Comunidad Valencia con otros tres del resto de España. En mi opinión, hay dos protocolos de la Comunidad Valenciana a los cuales les faltaría añadir información ya que con la comparación se aprecia que el resto son más claros y con más datos. Sin embargo, hay un protocolo, que es el del Hospital General Universitario de Alicante(1) que considero que sería una buena referencia para todo el personal sanitario ya que contiene bastante información y es muy claro con sus explicaciones. Además, añade un apartado que se llama “Paciente médico-quirúrgico con alto riesgo de suicidio” en el que se explica el procedimiento para evitar el suicidio o el intento de suicidio de un paciente. Bien es cierto, que todo el personal, como los futuros sanitarios deberíamos concienciarlos de realizar todas las acciones basándonos en los protocolos establecidos, ya que en ellos se trabaja para que mejorar la calidad de cada procedimiento.

Para terminar me gustaría hacer una reflexión final ya que con esta revisión se ha podido observar, que lo más importante de una contención es que el personal sanitario esté bien formado. La educación de un sanitario es esencial, no solo para que la técnica

de cualquier contención esté bien aplicada, sino para que todo el procedimiento se realice de forma óptima y que el paciente mantenga su seguridad y su dignidad en todo momento. Sin dejar de lado que existen otras abordajes alternativos antes de llegar a la contención total del paciente.

8. CONCLUSIONES

- Ha quedado demostrado que los programas de educación interdisciplinarios ayudan a llevar a cabo más abordajes alternativos y menos contenciones mecánicas completas.
- La evidencia es contundente en que no existe una legislación específica que regule el uso de la contención mecánica. Por tanto, sería conveniente que se creara una legislación común, para todo el país, que rija la contención mecánica.
- Se debería promover la educación a todo el personal sanitario y hacer hincapié en que, una historia clínica bien cumplimentada, ha de contener todo el procedimiento de contención (prescripción, seguimiento y finalización) ya que este puede ser un documento de validez jurídica.
- La comparación de protocolos muestra que sería necesaria la revisión de ciertos protocolos de la Comunidad Valenciana para actualizar la información, ya que se podría decir que en esta comunidad solo hay un protocolo completo que trata temas amplios sobre la contención.
- El protocolo de la Junta de Extremadura, podría ser un buen punto de partida para la redacción de nuevos protocolos o para la revisión de los vigentes.
- Proporcionar protocolos bien evidenciados al personal sanitario, puede ser un buen método educativo para mejorar la calidad asistencial.
- El nivel educativo (con respecto a la contención mecánica) del personal sanitario, está directamente relacionado con la seguridad del paciente y el mantenimiento de su dignidad durante la contención mecánica.

9. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Protocolo de contención de pacientes. Hospital General Universitario de Alicante. 2009 [consultado el 30 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/gesti%C3%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-de-contenci%C3%B3n/>.
- (2) Protocolo de contención mecánica. Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Jun 2017 [consultado el 27 Mar 2019]. Disponible en: [https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/Protocolo Contencion Mec%C3%A1nica. Aprob 19-06-17.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/Protocolo%20Contencion%20Mec%C3%A1nica.%20Aprob%2019-06-17.pdf).
- (3) Rubio Domínguez J. [Patient mechanical restraint. Current situation and help for healthcare professionals]. Rev Calid Asist 2017;32(3):172-177.
- (4) de España, Comité de Bioética. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Madrid-España: CMB 2016.
- (5) Guía de Actuación de Enfermería: Manual de procedimientos generales. 2003 [consultado el 30 Mar 2019]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4315-2003.pdf>.
- (6) Eskandari F, Abdullah KL, Zainal NZ, Wong LP. Use of physical restraint: Nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. J Clin Nurs 2017 Dec;26(23-24):4479-4488.
- (7) Reitan SK, Helvik AS, Iversen V. Use of mechanical and pharmacological restraint over an eight-year period and its relation to clinical factors. Nord J Psychiatry 2018 Jan;72(1):24-30.
- (8) Gómez-Durán E,L., Guija JA, Ortega-Monasterio L. [Medical-legal issues of physical and pharmacological restraint]. Med Clin (Barc) 2014;142 Suppl 2:24-29.
- (9) Leahy-Warren P, Varghese V, Day MR, Curtin M. Physical restraint: perceptions of nurse managers, registered nurses and healthcare assistants. Int Nurs Rev 2018;65(3):327-335.
- (10) Eskandari F, Abdullah KL, Zainal NZ, Wong LP. The effect of educational intervention on nurses' knowledge, attitude, intention, practice and incidence rate of physical restraint use. NURSE EDUC PRACT 2018;32:52-57.
- (11) Lan S, Lu L, Lan S, Chen J, Wu W, Chang S, et al. Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities – Systematic review and meta-analysis. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences 2017;33(8):411-421.

- (12) Estévez-Guerra G,J., Fariña-López E, Núñez-González E, Gandoy-Crego M, Calvo-Francés F, Capezuti EA. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. BMC Geriatr 2017;17(1):29.
- (13) Protocolo de contención mecánica de movimientos. Hospital Universitario 12 de Octubre. Sep 2003 [consultado 30 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/gestión-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-de-contención/>.
- (14) Protocolo de contención mecánica y terapéutica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Jul 2004 [consultado el 30 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/gesti%C3%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-de-contenci%C3%B3n/>.
- (15) Protocolo de contención mecánica y terapéutica. Hospital Verge dels Liris. Nov 2010 [consultado el 30 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/gesti%C3%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-de-contenci%C3%B3n/ >.
- (16) Protocolo de contención de pacientes. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2017 [consultado el 27 Mar 2019]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4315-2003.pdf>. 2017.

10. ANEXOS

JADAD SCALE

Estudio científico	Puntuación
Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N. Z., & Wong, L. P. (2017). Use of physical restraint: Nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 26(23-24), 4479-4488. doi:10.1111/jocn.13778 [doi]	3
Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N. Z., & Wong, L. P. (2018). The effect of educational intervention on nurses' knowledge, attitude, intention, practice and incidence rate of physical restraint use. <i>Nurse Education in Practice</i> , 32, 52-57. doi:10.1016/j.nepr.2018.07.007	4
Estévez-Guerra, G.,J., Fariña-López, E., Nájera-González, E., Gandoy-Crego, M., Calvo-Francés, F., & Capezuti, E. A. (2017). The use of physical restraints in long-term care in Spain: A multi-center cross-sectional study. <i>BMC Geriatrics</i> , 17(1), 29. doi:10.1186/s12877-017-0421-8	3
Leahy-Warren, P., Varghese, V., Day, M. R., & Curtin, M. (2018). Physical restraint: Perceptions of nurse managers, registered nurses and healthcare assistants. <i>International Nursing Review</i> , 65(3), 327-335. doi:10.1111/inr.12434	3
Reitan, S. K., Helvik, A. S., & Iversen, V. (2018). Use of mechanical and pharmacological restraint over an eight-year period and its relation to clinical factors. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i> , 72(1), 24-30. doi:10.1080/08039488.2017.1373854 [doi]	3

Tabla 1: Puntuaciones de los estudios científicos. Escala Jadad

AMSTAR

<i>Revisión sistemática</i>	Calidad
Gómez-Durán, E.,L., Guija, J. A., & Ortega-Monasterio, L. (2014). [Medical-legal issues of physical and pharmacological restraint]. Medicina Clinica, 142 Suppl 2, 24-29. doi:10.1016/S0025-7753(14)70068-5	
Lan, S., Lu, L., Lan, S., Chen, J., Wu, W., Chang, S., & Lin, L. (2017). Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities – systematic review and meta-analysis. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 33(8), 411-421. doi:10.1016/j.kjms.2017.05.012	Media
Rubio Domínguez, J. (2017). [Patient mechanical restraint. current situation and help for healthcare professionals]. Revista De Calidad Asistencial: Organo De La Sociedad Espanola De Calidad Asistencial, 32(3), 172-177. doi:10.1016/j.cali.2016.09.006	

Tabla 2: Puntuación de las revisiones sistemáticas. Escala AMSTAR

ARTÍCULO	LEY/NORMA EN ESPAÑA
1.1, 10.1, 15, 17.1, 18.1	Constitución Española (1978)
763	Ley de Enjuiciamiento Civil
8, 9	Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y deberes de en materia de información y documentación clínica.
10.1	Ley General de Sanidad (1986)
4	Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

Tabla 3: Legislación común vigente sobre la contención mecánica en España